LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Obstruction intestinale par calcul biliaire par le Dr Sottas père, 355. — **Bibliographie** : L'homme. Equilibre et mouvements. Physiologie, 356. — **Revue de la presse** : Le soufre et les bains sulfureux 357. — **Académie des sciences** : *Séance du 18 mai.* — Présidence de M. Cornu, 358. — Source et nature du potentiel directement utilisé dans le travail musculaire d'après les échanges respiratoires, chez l'homme en état d'abstinence, 358. — La destination immédiate des aliments gras d'après la détermination, par les échanges respiratoires, de la nature du potentiel directement utilisé dans le travail musculaire chez l'homme en digestion d'une ration de graisse, 358. — Sur la photographie de la rétine, 358. — Influence du foie sur l'action anticoagulante de la peptone, 358. — **Académie de médecine** : *Séance du 2 juin.* — Présidence de M. Hervieux, 359. — Mort de M. Stoltz, 359. — Elections, 359. — Emphysème sous-cutané produit pendant l'accouchement, 360. — Les huîtres et la fièvre typhoïde, 360. — Accouchement forcé dans l'éclampie, 360. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 29 mai.* — Présidence de M. d'Heilly, 360. — Ulcération buccales et cutanées d'origine hystérique 360. — Hémorragie cérébrale au cours de l'hystérie, 361. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris** : *Séance du 8 avril* — Présidence de M. de Pradel, 362. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 31 mars* 1896. — Présidence de M. le Bec, 363. — **Société de chirurgie** : *Séance du 3 juin* 1896. — Présidence de M. Ch. Monod, 3 4. — Cholédochotomie et cholécystostomie, 364. — Fibrome de l'oreille d'origine traumatique, 354. — Ankylose du genou. Résection cunéiforme. Guérison, 364. — Photographie de Röntgen, pour corps étrangers de la main, 355. — Arthrite blennorhagique guérie par ankylose fibreuse. Mobilisation en 18 séances. Guérison complète avec liberté absolue des mouvements du genou, 365. — **Déontologie médicale**, 365. — **Fâcheuse affaire**, 366. — **Nouvelles**, 366. — **Bulletin bibliogaphique**, 368.

CLINIQUE MEDICALE

Obstruction intestinale par calcul biliaire (1)

par M. le Dr Sottas père

Je viens d'être de nouveau témoin, chez un de mes clients, de phénomènes d'obstruction intestinale, liés à la présence, dans l'intestin, d'un volumineux calcul biliaire.

C'est la cinquième fois que j'ai l'occasion de rencontrer des faits semblables : dans quatre cas, le calcul a été rejeté par les voies naturelles et la guérison en est suivie ; dans un autre, où des crises hépatiques antérieures, l'ictère répété et la cholécystite permettaient d'attribuer les phénomènes d'obstruction à la même cause, la preuve ne put être obtenue, le malade ayant succombé en refusant l'intervention chirurgicale que j'avais proposée, pour aller à la recherche du calcul récalcitrant.

Les choses se sont heureusement mieux arrangées pour le malade dont je vais vous lire l'histoire.

M. X... vieillard grand et robuste de 82 ans, a toujours joui d'une bonne santé, n'a jamais éprouvé de crises hépatiques, ni été atteint d'ictère. Il avoue toutefois avoir habituellement la langue blanche et quelquefois des digestions un peu difficiles.

Il y a dix-huit mois, il a été gravement éprouvé par une grippe à forme thoracique, mais s'en était entièrement rétabli. Je dois ajouter, pour être complet, que, quelques jours avant la maladie actuelle, M. X... avait éprouvé un violent chagrin ; à la suite de la perte d'un petit-fils, enlevé par la fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, le 15 décembre dernier, il était bien portant, déjeuna de bon appétit et soupa le soir d'un bol de lait, où il avait émietté du pain, selon son habitude de chaque jour.

Brusquement, la nuit, vers deux heures, il fut éveillé par de violentes douleurs d'entrailles bientôt suivies de vomissements très abondants de matières alimentaires et de bile ; ces vomissements se renouvelèrent toute la journée du 16 et la nuit suivante ; toutes les boissons ingérées étaient aussitôt rejetées

Le 17 décembre au matin, lorsque je vois le malade pour la première fois, on m'affirme que depuis le début il a rempli trois cuvettes de déjections variant du jaune verdâtre au brun foncé. Les dernières matières rendues, le matin même, et qu'on a conservées, consistent en un liquide filant, épais, mêlé de matières noires, rappelant absolument le melœna hémorrhagique, et sans odeur spéciale.

Le malade est sans fièvre, le visage est un peu atiré, mais n'offre aucune apparence de teinte bilieuse. La langue est large et blanche, la soif vive. Les vomissements alternent avec un hoquet très pénible.

Pas de douleurs vives, mais seulement un sentiment de bosse épigastrique et de réplétion stomacale.

Le ventre est un peu élevé, mais assez souple, sans douleur localisée ni empâtement, ni tumeur appréciable.

Il existe une hernie inguinale à gauche, mais celle-ci est exactement réduite.

(1) Communication faite à la Société médicale du 7e arrondissement. (Séance du 31 mars 1896).

Le malade, ordinairement très régulier dans ses habitudes, est allé à la selle naturellement dans la matinée du 15 décembre ; le 16 au matin, il prit un lavement et obtint encore une selle copieuse ; mais ayant renouvelé ce lavement le matin, il n'a rejeté qu'un petit fragment de matière fécale brunâtre, entouré de mucus sanguinolent. L'urine ne contient pas d'albumine. Rien du côté du poumon, ni du cœur.

A quoi attribuer des symptômes aussi sérieux?

La hernie, nous l'avons vu, était hors de cause ; l'absence de toute douleur localisée dans la fosse iliaque droite éloignait la supposition d'une appendicite ; le peu de sensibilité du ventre et la teneur du pouls ne faisaient pas penser non plus à une péritonite ; restait l'hypothèse d'une obstruction intestinale possible, celle-ci me paraissant la plus admissible, j'instituai la médication suivante :

Glace pilée, potion à l'eau chloroformée, lait glacé coupé d'eau de Vichy, et grands lavements glycérinés.

Je prescrivis en outre de me conserver toutes les déjections, tant gastriques qu'intestinales. Le 17 au soir, sentiment de mieux-être, pas de vomissements dans la journée, mais persistance du hoquet.

Les lavements ont été rendus tels qu'ils avaient été pris.

Le 18, la nuit a été mauvaise, les vomissements ont reparu, il y en a ce matin une demi-cuvette de couleur brun foncé, sans odeur fécaloïde.

Sentiment de chaleur à l'épigastre et tout le long de l'œsophage.

Sensibilité modérée et générale du ventre qui est un peu météorisé. Continuation des mêmes moyens, lavement purgatif, séné et sulfate de soude.

Le 18, au soir, quelques petits fragments de matières fécales ont été rejetés à la suite du lavement de ce matin ; mais un grand lavement savonneux administré cet après-midi a été rejeté sans résultat.

Vin de Champagne, glace.

La situation du malade tendant à s'aggraver, il fut convenu que M. le Dr Hutinel, médecin de la famille, serait appelé en consultation.

Le 19, il y a eu dans la soirée d'hier une selle muqueuse fétide, et sanguinolente. La nuit a été peut être un peu moins mauvaise, mais le hoquet persiste et il y a encore eu ce matin un vomissement brunâtre.

M. Hutinel, qui vient voir le malade dans la matinée et dont l'attention est surtout attirée par les vomissements mélaniques, pense qu'ils sont dus vraisemblablement à une dégénérescence cancéreuse latente, siégeant dans la région pylorique de l'estomac ou dans le duodénum, l'absence de tout phénomène hépatique antérieur ne permettant pas de soupçonner la véritable cause des accidents.

Emplâtre belladoné saupoudré de morphine à l'épigastre, administration trois fois par jour d'un mélange de teinture de belladone de colombo et de badiane.

Lait d'ânesse, eau d'Évian et lavement avec 30 grammes de miel de mercuriale.

Dans l'après-midi, après le lavement mielié, le malade eut une selle muqueuse et sanguinolente, dans laquelle je constatai le soir la présence d'un corps arrondi du volume d'une grosse muscade que je reconnus être un calcul biliaire, ce qu'un examen plus complet confirma plus tard.

L'état du malade est sensiblement le même, le hoquet persiste en même temps qu'un sentiment très pénible d'oppression par moments. Le ventre est toujours assez distendu. Le pouls est fort et plein à 80, la soif vive.

Continuation du traitement. Grand lavement émollient matin et soir.

Il y avait tout lieu d'espérer qu'après le rejet du calcul, tous les accidents allaient cesser rapidement, mais nous fûmes trompé dans notre attente.

Le 20. — Les lavements d'hier ont été rejetés sans matière, la nuit a été très pénible, le hoquet et le sentiment de constriction à la gorge se sont maintenus aussi violents, les vomissements toutefois n'ont pas reparu.

Reprise de la potion à l'eau chloroformée ; lavement purgatif, ce qui provoque le rejet de quelques fragments de matières nageant dans un liquide bilieux.

Le 21. — La nuit a été plus calme, le hoquet moins fréquent a permis un peu de sommeil ; le malade ayant expulsé quelques gaz par l'anus, le ventre est, le matin, plus souple, moins élevé ou presque indolore.

Le 21 au soir. — Un lavement au miel de mercuriale administré ce matin a été rendu difficilement et n'a entraîné que quelques matières délayées.

La journée a été assez calme, mais le hoquet n'a pas cessé et le malade éprouve toujours de temps à autre, des spasmes très douloureux du diaphragme, accompagnés de régurgitation de lait.

Le pouls a repris son rythme normal, 64 à 68.

Dans l'espoir d'obtenir un effet laxatif, je fais prendre au malade, le soir, environ un quart de verre d'huile d'olive.

Le 22. — Nuit encore mauvaise à cause du hoquet persistant, l'huile ingérée hier n'a pas été vomie et ce matin à la suite d'un lavement il s'est produit une selle assez abondante, formée de matières demi-solides. C'est la première évacuation satisfaisante, depuis le début.

Encouragé par ce résultat j'administre ce matin une nouvelle dose semblable d'huile d'olive, à la suite de laquelle le hoquet cesse complètement. Le malade en profite pour dormir toute la journée.

Dans l'après-midi selle liquide copieuse indiquant le retour définitif des fonctions de l'intestin.

Le 23. — Nuit très calme. Sommeil. Le lait d'ânesse est remplacé par le lait de vache. — Bouillon.

Pendant les jours suivants, les selles ont été faci-

lement provoquées par des lavements, la nourriture a été progressivement augmentée et toute médication a été suspendue.

Le 27. — A la suite d'une selle, écoulement par l'anus de sang vif provenant d'hémorrhoïdes internes.

Il y a encore un peu de pesanteur d'estomac, après le repas du soir particulièrement, ce qui rend ses nuits encore un peu pénibles. Il est convenu que l'alimentation se bornera le soir à un potage au lait.

Le 4 janvier. — Le flux hémorrhoïdal plus ou moins abondant, qui accompagnait chaque selle, a cessé depuis deux jours et le malade commence à sortir.

Le 10 janvier. — Je le vois pour la dernière fois. Il a repris sa vie habituelle et, à part encore un peu de faiblesse, son rétablissement est complet.

Le calcul, que je vous présente, de forme légèrement ovoïde, grisâtre à l'extérieur et à surface lisse, mesure 24 millimètres dans sa longueur, 22 dans sa largeur ; à l'état sec il pèse 7 grammes.

Scié avec une scie à métaux, il se partage pendant l'opération en deux fragments, sur la partie éclatée lacassure a l'aspect cristallin, c'est de la cholestérine pure. Quelques parcelles de sciure projetées sur des charbons allumés brûlent en dégageant de la lumière. Il ne reste donc aucun doute sur la composition de ce corps étranger.

Bien que ce calcul ne soit pas d'un volume excessif et que sa forme soit assez régulièrement sphérique, il y a lieu de se demander quelle route il a suivie pour passer des voies biliaires dans l'intestin.

La dilatabilité, l'élargissement hypertrophique du canal cholédoque a permis, en effet, à des calculs aussi volumineux de s'y loger et de la franchir.

Une communication toute récente de M. le Dr Bouloumié à la Société de médecine de Paris. (*France medicale* du 31 janvier 1896) en donne une prime nouvelle.

Notre distingué confrère relate, en effet, plusieurs cas très intéressants d'expulsion de calculs biliaires aussi volumineux, provoquée par l'emploi de l'eau de Vittel (source salée).

Mais dans toutes ces observations, les malades avaient souffert de crises hépatiques violentes et prolongées et au moment de la phase expulsive avaient éprouvé pendant plusieurs heures des douleurs intenses, accompagnées d'ictère.

Rien de semblable ne s'est manifesté à aucune époque chez notre malade et on comprend difficilement le séjour et le passage d'un corps étranger aussi volumineux, dans le canal cholédoque, sans qu'il en voit résulter aucun des troubles qui accompagnent, d'ordinaire, cette migration

Cette hypothèse étant écartée, on peut supposer que le calcul, né dans la vésicule biliaire, s'y est développé et y a séjourné longtemps sans révéler sa présence par aucun symptôme spécial, jusqu'au jour où il provoque une inflammation de la vésicule, détermine des adhérences avec une anse intestinale voisine; puis à la faveur d'une ulcération, il s'établit une communication avec l'intestin où le calcul venant à tomber provoque les symptômes d'obstruction intestinale dont il a été question.

Nous avons communiqué autrefois à la Société, une observation où ce processus ulcératif ne pouvait être mis en doute (*France médicale*, 14 et 16 février 1889), et nous en avons observé depuis un nouvel exemple (*France médicale*, 8 juillet 1892).

Mais dans ces cas, quelque temps avant l'époque de l'expulsion du calcul, il s'était manifesté une ou plusieurs crises douloureuses de cholécystite, avec fièvre intense, péritonite localisée, etc. ; tous symptômes révélant le travail inflammatoire, qui préparait le passage du calcul de la vésicule dans l'intestin.

Dans notre cas, rien de pareil, M. X... n'a jamais éprouvé de crises de ce genre et cependant c'est à cette dernière hypothèse que nous serions disposés à nous rallier.

Nous supposons que peut-être à cause de l'âge avancé du malade, où les réactions se font moins violentes, l'ulcération de la vésicule s'est faite lentement par usure, par atrophie ; qu'après adhérences préalables, cette ulcération s'est étendue à la paroi de l'intestin accolée et qu'il s'est fait là une sorte de *cholécystentérostomie spontanée* libératrice.

Était-il possible, dans le cas que nous venons de relater, de faire au début un diagnostic précis et de rapporter les accidents observés à leur véritable cause ?

Nous avons vu que le malade n'avait jamais eu de coliques hépatiques, d'ictère pas davantage, mais seulement un peu de dyspepsie à certains moments de sa vie ; donc du côté des antécédents, aucun indice révélateur.

Les symptômes actuels étaient à peu près ceux de l'obstruction intestinale, nous disons à peu près, car les signes d'obstruction étaient incomplets et c'est précisément ce que nous avons constaté dans les différents cas que nous avons observés. La fermeture n'est pas là aussi hermétique que dans la véritable obstruction intestinale; il passe par moments quelques fragments de matières, tandis que, dans d'autres, des lavements purgatifs énergiques restent sans effet.

Il faut admettre que, si le calcul n'est pas assez volumineux pour oblitérer mécaniquement l'intestin, l'irritation qu'il provoque sur la muqueuse détermine une contraction tétanique de la tunique musculeuse, d'où résulte l'arrêt de la circulation dans le conduit intestinal.

Par instant, ce spasme se détend et, à la faveur de cette détente, le calcul chemine et quelques matières progressent avec lui, puis le spasme se reproduit et de nouveau la circulation est interrompue, jusqu'à ce qu'une nouvelle détente permette au calcul de s'avancer dans l'intestin; c'est par ces étapes successives

que le calcul parvient jusqu'à l'anus et est finalement rejeté au dehors.

Nous pensons que ce caractère particulier d'obstruction incomplète presque intermittente pourrait dans un cas semblable mettre sur la voie du diagnostic.

Une circonstance à noter encore dans cette observation, c'est la difficulté du rétablissement des fonctions normales de l'intestin, après l'expulsion du calcul.

Les vomissements, il est vrai, disparaissent et il n'y a plus que de rares vomitruitions accompagnant le hoquet qui, lui, persiste avec une désolante opiniâtreté. Mais les évacuations alvines sont presque nulles, malgré des lavements réitérés.

Ce n'est que le 22 décembre, quatre jours après le rejet du calcul, et après l'ingestion d'une assez forte dose d'huile d'olive, qu'il se produit une selle abondante, bientôt suivie de la cessation du hoquet et d'une détente générale, indice d'une désobstruction définitive.

On nous objectera peut-être qu'il eût été possible, en administrant un purgatif après l'expulsion du calcul, d'obtenir ce résultat beaucoup plus tôt, c'est vraisemblable ; mais eu égard à l'âge du malade, vu son état de faiblesse et par crainte d'aggraver ses accidents, nous avons préféré recourir aux moyens de douceur.

Nous regrettons seulement de n'avoir pas donné d'huile d'olive plus tôt, et surtout dès le début, où son emploi, si le diagnostic avait pu être établi, eut été absolument indiqué.

BIBLIOGRAPHIE

L'homme ; Equilibre et mouvements ; Physiologie ; avec 125 figures dans le texte, par le Docteur Alfred Mora. (L. Bataille et C^ie^, éditeurs, Paris 1896).

La plupart des ouvrages d'anatomie et de physiologie n'ont en vue que le côté purement descriptif du corps humain, ou le côté biologique ou physiologique. La mécanique de l'homme est le plus souvent laissée de côté.

Toutefois, Duchenne, de Boulogne, comprenant toute l'importance de l'étude des mouvements chez l'homme, a étudié, dans son admirable traité de la *Pathologie des mouvements*, le jeu des muscles et déterminé leur action particulière au moyen de l'électro-physiologie. Depuis, nombre d'auteurs n'ont fait que le copier, tous ont par trop négligé dans son ensemble la statique et la dynamique du corps humain. Et cependant, comme le remarque fort judicieusement le D^r^ Mora, des considérations très simples de mécanique élémentaire permettent de se rendre compte de l'action des muscles. Par l'étude des lois du développement harmonique du corps, on comprend le fonctionnement et la corrélation mécanique des différentes parties du corps, et l'on reconnaît que ce sont les lois, les conditions nécessaires à ce bon fonctionnement qui ont déterminé la forme, la position des organes et leur mode d'action : d'où ce principe primordial que l'organe est fait pour la fonction.

Une étude de ce genre ne pouvait être menée à bien que par un anatomiste et un physiologiste doublés d'un mathématicien et d'un physicien distingué, double qualité que possède à un haut degré le D^r^ Mora.

Elle vient d'ailleurs combler un vide et présente un réel intérêt, pour le médecin et le chirurgien, pour l'orthopédiste, pour les maîtres et les parents qui ont charge d'enfants.

« En effet, pour le chirurgien, et encore plus pour le patient, il n'est pas indifférent que celui-là s'efforce, dans le cours d'une opération, de conserver la plus grande somme de forces et de mouvements possible ; le chirurgien devrait donc, non pas travailler en grand, comme on l'a fait trop souvent, mais chercher à respecter, à restaurer les agents moteurs les plus importants, ou ceux qui peuvent les suppléer : « découdre est bien, recoudre est mieux »

« Le médecin, à qui souvent on présente un enfant pour une affection anodine quelconque, doit reconnaître de bonne heure les anomalies, les asymétries, la non-concordance dans le développement du corps ; l'orthopédie doit être avant tout préventive et l'orthopédiste lui-même ne sera qu'un mécanicien, un serrurier quelconque plus ou moins habile, ne pourra être l'auxiliaire intelligent du médecin ou du chirurgien, s'il n'a pas les notions d'anatomie fonctionnelle nécessaires à la compréhension nette du but à remplir.

« Les maîtres et maîtresses d'écoles, les parents devraient aussi être capables de surveiller le développement corporel des enfants, de comprendre le danger de certaines attitudes vicieuses, de prévenir leurs effets. Quand les parents viennent nous dire que leur enfant a une épaule plus grosse que l'autre, il est trop tard, le mal est établi ; nous voudrions voir faire dans toutes les écoles publiques, deux fois par an, une inspection, une sorte de revision corporelle de tous les enfants et provoquer, d'après cet examen, toutes les mesures utiles et nécessaires pour surveiller et déterminer le développement harmonique du corps humain. »

M. le D^r^ Mora termine son excellent ouvrage par cette réflexion, pleine d'une sage philosophie, et que nous ne saurions trop recommander aux méditations de nos gouvernants :

« Nous ne craignons pas de dire qu'il est absolument mauvais et dangereux, nuisible à tous les points de vue, de dépenser plus de soins et d'argent pour

élever tant bien que mal, et toujours plus mal que bien, un seul enfant chétif, malingre, mal conformé, que pour trois ou quatre qui, vigoureux de naissance, ne demandent que le nécessaire pour devenir des produits valables, et qui souvent n'ont pas ce nécessaire.

« Il y a là une charité mal entendue : l'orthopédie, physique ou morale, doit être *préventive*, car elle n'est presque jamais *curative*. C'est pourquoi on doit, comme premier devoir social, surveiller le développement de l'enfant bien venu. »

Un seul enfant, bien sain de corps et d'esprit, n'est-il pas préférable, pour la conservation sociale, à tous les idiots, épileptiques, myxœdémateux, tuberculeux, ou autres enfants tarés à tout jamais ?

Dr Deschamps.

REVUE DE LA PRESSE

Le soufre et les bains sulfureux, prof. Hugo Schulz, de Greifswald. *Deutsche med. Zeit.* n° 36, 1895. — Jusqu'à présent, les opinions ont été assez partagées au sujet de l'action du soufre sur l'organisme ; tandis que les uns lui attribuent une action très grande sur certaines maladies chroniques locales ou générales, d'autres n'y voient qu'un laxatif léger et un remède d'une valeur douteuse dans certaines affections locales. Beneke, cependant, avait insisté sur la valeur du soufre en thérapeutique, en faisant remarquer la constance de sa présence dans les tissus. Le soufre fait, en effet, partie intégrante de la molécule d'albumine, bien que nous ignorions quel rôle il joue dans cette molécule, mais on pourrait dire qu'il n'y a pas de vie sans soufre. Et comme la nature est l'ennemie du luxe inutile, on peut se demander pourquoi le protoplasma est construit avec une proportion déterminée de soufre. Ce corps possède déjà la propriété de se combiner spontanément avec l'oxygène libre de l'air, et cela d'autant plus facilement que le soufre offre une plus grande surface d'attaque à l'air, comme lorsqu'il est divisé. D'un autre côté, le même soufre rend facilement l'oxygène qu'il a absorbé. C'est ainsi que le soufre, dans les eaux sulfatées, peut réduire les sulfates et se transformer ensuite en hydrogène sulfuré. L'apparition de l'hydrogène sulfuré est généralement accompagnée, dans ce cas, du développement d'oxygène à l'état naissant, l'oxygène de l'eau étant mis en liberté. Mais cet oxygène est doué d'un pouvoir oxydant très actif qui provoque d'autres combinaisons. Il en résulterait que la présence du soufre tend à accroître l'énergie des oxydations, et la fonction de ce corps dans le protoplasma serait de permettre les combustions par l'oxygène qu'apporte aux tissus l'hémoglobine. Or, le protoplasma des tissus n'est pas facilement oxydable.

Si cette opinion est exacte, la nutrition devra être troublée toutes les fois que l'économie du soufre est troublée, et l'on devra ramener l'équilibre et dissiper les désordres en fournissant du soufre à l'organisme.

Le soufre partage avec l'arsenic et les alcalins la propriété d'activer la nutrition. Les diverses actions du soufre peuvent être étudiées sur l'animal et sur l'homme même ; mais si l'on veut chercher à interpréter les effets que l'on produit avec les eaux sulfureuses qui représentent la forme médicamenteuse la plus usuelle, il faut expérimenter sur l'homme. Schulz et ses élèves ont ainsi obtenu sur eux des modifications caractéristiques du système nerveux, du système musculaire, de la fonction cardiaque, des troubles dans le fonctionnement des muqueuses digestive et respiratoire, des phénomènes anormaux du côté de l'urine, des organes sexuels et de la peau, le système lymphatique même se trouve affecté. L'action du soufre est donc très étendue, bien qu'on doive tenir compte dans l'appréciation de ces actions du tempérament et de l'idiosyncrasie. Les symptômes que provoque l'emploi du soufre chez les individus sains ont quelque analogie avec ceux que l'on cherche à combattre par un traitement soufré. Les douleurs articulaires, les irritations de diverses muqueuses sont de ce nombre. Ce qu'indique l'observation c'est que le soufre peut déterminer dans les tissus malades une réaction qui conduit à la guérison.

Dans les eaux minérales sulfureuses, c'est encore le plus souvent le soufre en nature qui paraît agir. Ces eaux contiennent soit de l'hydrogène sulfuré, soit un sulfure alcalin. Ce dernier se décompose facilement et devient de l'hydrogène sulfuré. Or, ce dernier corps est très instable, la conservation de l'hydrogène sulfuré en solution à l'air libre est impossible. En très peu de temps le soufre se précipite, et des sources sulfureuses peuvent ainsi fournir des quantités énormes de soufre. On a dans l'hydrogène sulfuré une combinaison qui permet d'introduire dans l'organisme du soufre à l'état extrêmement divisé et aux voies respiratoires d'absorber le médicament. L'emploi de l'hydrogène sulfuré équivaut à celui du soufre très finement divisé. D'un autre côté dans ce travail l'auteur s'est attaché à montrer que les actions dues au soufre ne sont pas en rapport avec la quantité de médicament entrevue dans les eaux minérales Il faut 28 litres d'eau de Neundorf pour retirer un gramme de soufre, tandis qu'il en faut 1042 d'une source d'Aix-la-Chapelle pour fournir la même quantité. Au total les expériences faites par Schulz tendent à montrer l'équivalence des actions que donne le soufre très finement divisé sous forme d'eau minérale sulfureuse.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 mai 1896. — Présidence de M. Horme.

Source et nature du potentiel directement utilisé dans le travail musculaire d'après les échanges respiratoires, chez l'homme en état d'abstinence. — M. A. Chauveau lit une note qui se termine par les conclusions suivantes :

1° D'après les renseignements fournis par les échanges respiratoires, la graisse ne constitue jamais le potentiel directement utilisé par les muscles en travail, chez l'homme en état d'abstinence ;

« 2° C'est sous forme d'hydrates de carbone que ce potentiel énergétique est fourni à l'activité musculaire ;

« 3° Le travail des muscles tend à épuiser les réserves de glycogène et de glycose où ce potentiel est accumulé. Mais ces réserves, malgré l'abstinence, tendent à se reconstituer à mesure de leur consommation. Le quotient des échanges respiratoires montre que cette reconstitution a lieu surtout par transformation des graisses, dont l'utilisation, comme potentiel énergétique consacré à la contraction musculaire, se trouve être de cette façon tout à fait indirecte. »

La destination immédiate des aliments gras d'après la détermination, par les échanges respiratoires, de la nature du potentiel directement utilisé dans le travail musculaire chez l'homme en digestion d'une ration de graisse. — MM. A. Chauveau, Tissot et de Varigny. Voici les conclusions de cette note :

« Ainsi, quand le sang est saturé des principes gras que la digestion y a introduits, il n'est pas plus fait emploi de ces principes, pour le travail musculaire, que de ceux qui sont déjà incorporés dans l'organisme. Les uns et les autres ont bien pour destination dernière de concourir à la dépense énergétique des muscles en travail. Mais ce n'est pas sous leur forme de corps gras qu'ils accomplissent cette destination : ils se transforment préalablement en hydrates de carbone. C'est sous cette dernière forme que les muscles absorbent et consomment le potentiel qui est la source de leur activité.

« Quant à la destination immédiate des graisses alimentaires, elle ne peut être autre que l'entretien des provisions de potentiel de l'organisme : soit les réserves d'hydrates de carbone, si celles-ci sont appauvries au moment où l'absorption digestive a rendu utilisables les graisses alimentaires ; soit surtout les réserves du tissu adipeux où les principes gras s'emmagasinent en nature. »

Sur la photographie de la rétine. — M. Th. Guilloz. Dans une note récente, M. V. Guinkoff annonce qu'il s'est posé le problème de la photographie de la rétine. De nombreuses tentatives ont déjà été faites dans cette voie, et, pour ne citer que les plus importantes, je rappellerai celles de Noyes et Sinclair (1862), Roserbrugh (1864), Jackmann et Werbster, Cohn, Hope (1888), Bagneris (1889), Fick, Gerloff (1891).

La note de M. Guinkoff m'engage à signaler, à l'Académie, le procédé que j'ai donné en 1893 (1) et qui m'a permis le premier, je crois, de résoudre la question dans des conditions applicables à la clinique. Cette méthode a déjà été exposée avec tous ses détails (1), et j'en rappellerai seulement le principe :

Quand la pupille est dilatée, on peut éclairer le fond de l'œil et pratiquer l'examen de la rétine au moyen d'une lumière et d'une loupe ; on peut donc supprimer le miroir ophtalmoscopique.

L'observation se fait ainsi sur l'image renversée et c'est cette image que je reprends par l'objectif photographique.

Au cours de mes recherches, il m'a paru que le temps de pose, si court fût-il, était une condition défavorable, et j'ai dû recourir à l'instantanéité au moyen d'un appareil spécial.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie seize épreuves instantanées de fonds d'yeux normaux et pathologiques obtenus par ce procédé.

Ces photographiesr eproduisent l'image ophtalmoscopique telle qu'elle apparaît dans l'examen à l'image renversée, avec les reflets de la lentille et de la cornée.

Un perfectionnement restait à apporter : la disparition de ces reflets, qui cependant ne sauraient être confondus avec une lésion du fond de l'œil. J'y suis arrivé après plusieurs tentatives, grâce à un procédé nouveau d'éclairage, que j'ai décrit à la Société de Biologie (2), en même temps que je présentais les premiers résultats obtenus.

Enfin, j'ai établi (3) les conditions à remplir pour accroître énormément le champ d'observation dans l'examen à l'image renversée.

Un appareil, construit sur ces deux nouvelles données par M. Pellin et MM. Poulenc, va être terminé, et j'aurai l'honneur de communiquer prochainement à l'Académie sa description et les résultats qu'il m'aura fournis.

Je rappellerai également que j'ai donné (4) un procédé de mise au point automatique pour la photographie du fond de l'œil et que, dès mon premier Mémoire, j'avais signalé, en en donnant l'explication, l'innocuité absolue de l'éclair magnésique nécessaire à la prise instantanée de ces photographies (5).

Influence du foie sur l'action anticoagulante de la peptone. — MM. E. Gley et V. Pachon. Après avoir trouvé que la ligature des vaisseaux lymphatiques qui sortent du foie empêche l'action anticoagulante de la peptone (6), nous avons été amenés à penser que cette substance ne peut exercer son effet sans l'intervention du foie. Nous nous sommes alors appliqués à vérifier cette opinion dans diverses séries de recherches.

La seule dont nous ayons jusqu'à présent fait connaître les résultats consiste dans la détermination de l'action de la peptone après l'extirpation du foie (7). Cette expérience, il est vrai, est décisive : à la suite de cette opération, chez

(1) *Société de biologie*, 17 mars 1892.

(1) *Archives d'Ophtalmologie*, août 1893. — *Association française pour l'avancement des Sciences*, Besançon ; 1893.

(2) *Société de Biologie*, 6 avril 1895.

(3) *Archives d'Ophtalmologie*, avril 1895.

(4) *Revue médicale de l'Est*, mai 1895.

(5) *Archives d'Ophtalmologie*, août 1893, et *Revue médicale de l'Est*, 1er avril 1895.

(6) *Comptes rendus*, t. CXXI, p. 389, séance du 26 août 1895. — *Archives de Physiologie*, 5e série, t. VII, p. 711 ; 1895.

(7) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, séance du 23 novembre 1895, p. 741.

chien, l'injection intra-veineuse d'une solution de peptone e Witte ne rend pas le sang coagulable (1).

Mais nous poursuivions en même temps d'autres recher- nes, relevant toutes, d'ailleurs, de la même idée. Cette ée directrice est fort simple : si notre opinion est juste, toute ause qui diminue ou supprime le fonctionnement du foie oit mettre obstacle peu ou prou à l'action de la peptone. t c'est ce que nous avons constaté en troublant cet organe :

1° Par action mécanique directe ; c'est la cause mise en u dans nos premières expériences (augmentation de pres- on due à la ligature des lymphatiques), sur laquelle nous ous proposons de revenir bientôt, pour répondre à quel- ues critiques;

2° Par action nerveuse directe : section des nerfs hépa- ques ou lésion des centres nerveux du foie. Nous sommes n droit de constater dès à présent, sans même parler des ésultats de nos recherches personnelles qui confirment eux obtenus par Contejean, que les expériences relatées ar ce dernier (2), et dans lesquelles ce physiologiste a vu 'injection intra-veineuse de peptone rester sans effet après 'extirpation des ganglions cœliaques, chez le chien, cons- ituent une preuve solide à l'appui de la thèse que nous outenons;

3° Par actions chimiques. On peut produire des altérations rofondes du foie au moyen de diverses substances toxiques, lu phosphore par exemple. C'est à l'emploi de cette subs- ance qu'il était naturel de penser d'abord. Nos expériences ur ce point ne sont pas encore terminées. Nous avons eu ecours à un autre moyen de destruction chimique du foie, qui est celui indiqué, il y a quelques années, par Denys et Strubbe (3) : il suffit d'injecter, dans le canal cholédoque l'un chien, 50cc à 70cc d'une solution d'acide acétique à 2,5 pour 100 pour amener très rapidement la destruction de presque toutes les cellules hépatiques. Or, nous avons vu que si, quinze heures environ après cette opération, on fait une injection intra-veineuse de peptone à l'animal qui l'a subie, cette injection est inefficace ; le sang reste parfaite- ment coagulable.

Voici, par exemple, une expérience faite de cette façon :

Sur un chien jeune, pesant 10 kg, on constate qu'une injection intra-veineuse de peptone de Witte, à la dose de 0 gr. 50 par kilo, rend le sang complètement incoagulable; le lendemain de l'injection, les échantillons de sang, prélevés dans une artère au cours de l'expérience, sont encore liquides.

Treize jours après, l'animal ayant été préalablement anesthésié, on fait, dans le canal cholédoque, une injection de 65 cc. d'une solution d'acide acétique à 2,5 pour 100. Le lendemain matin, c'est-à-dire dix-sept heures après, comme l'animal paraît assez gravement malade, on pratique une injection intra-veineuse de peptone, à la même dose de 0 gr. 50 par kilo. Le sang reste parfaitement coagulable.

On remarquera que les expériences de cette troisième série, réalisant, en définitive, la destruction plus ou moins complète du foie, équivalent à sa suppression *in situ* et sont, par suite, à rapprocher de nos expériences antérieures d'extirpation.

Il s'agit ici d'actions chimiques. On pourrait encore imaginer des actions chimiques troublant indirectement le fonctionnement du foie, par l'intermédiaire du système nerveux de cet organe. Divers essais seraient peut-être à tenter dans cette voie.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, on voit dès maintenant que tout moyen qui diminue ou suspend l'activité hépatique entrave l'action anticoagulante de la peptone.

Reste à savoir en quoi consiste le phénomène en vertu duquel la peptone, en traversant le foie, acquiert la propriété anticoagulante. On pouvait penser que cet organe forme, aux dépens de la peptone, la substance anticoagulante dont G. Fano, Ch. Contejean, A. Ledoux ont admis l'existence pour des raisons diverses. Dans cette hypothèse, il paraissait possible de résoudre la question par deux séries d'expériences : d'une part, il fallait chercher si des extraits, préparés avec le foie de chiens ayant reçu une injection de peptone, possèdent la propriété anticoagulante ; et, d'autre part, il fallait faire circuler dans le foie, séparé du corps, du sérum artificiel et peptonisé, recueillir le liquide s'écoulant des veines sus-hépatiques et voir si ce liquide rend le sang incoagulable. En ce qui concerne la première série d'expériences, nous avons fait quelques essais qui ne nous ont donné que des résultats négatifs ; positifs, ces résultats auraient eu une signification importante; mais, négatifs, ils sont susceptibles, croyons-nous, de plusieurs interprétations et, par cela même, il ne nous a pas paru qu'on en pouvait tirer quelque conclusion ferme. Quant aux expériences de circulation artificielle dans le foie, nous avons l'intention de ne pas les poursuivre, puis qu'un autre physiologiste vient justement de s'en occuper et que ses observations, encore que positives, ne prouvent pas, ce nous semble, l'existence réelle de la substance anticoagulante dont il s'agit ; ses recherches montrent, en effet, non pas la réalité chimique d'une telle substance, mais seulement que le liquide sorti du foie, dans des conditions déterminées, rend le sang incoagulable.

(1) On a objecté (*Comptes rendus*, séance du 11 mai 1896) à ces expériences que, l'extirpation du foie supprimant la circulation dans la veine porte, s'il se formait dans l'intestin, sous l'influence de la peptone, une substance anticoagulante, celle-ci ne pourrait rentrer dans le torrent circulatoire et produire son effet sur le sang. Cette objection est sans fondement, puisque la ligature de la veine porte, comme nous nous en sommes assurés et comme Contejean l'a vu déjà (*Archives de Physiologie*, 5e série, t. VIII, p. 165 ; 1896), n'empêche nullement l'action anticoagulante de la peptone.

(2) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, séance du 16 novembre 1895, p. 729. — *Archives de Physiologie*, 5e série, t. VII, p. 155; 1896.

(3) J. Denys et L. Strubbe: *Etude sur* l'acholie *ou* cholémie *expérimentale* (*La cellule*, t. IX, p. 447-460 ; 1893).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin. — Présidence de M. Hervieux

La correspondance comprend un pli cacheté envoyé par le Dr E. Goubert et relatif à une loi expérimentale de la détermination des sexes et un pli cacheté adressé par le Dr Auger, de Reuilly (Indre).

Mort de M. Stoltz. — M. Pinard lit, au nom de M. Hergott, correspondant de l'Académie, le discours prononcé par celui-ci sur la tombe du professeur Stoltz, de Nancy.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la 4e division.

Pour la première élection sur 44 votants, majorité 23,

M. Bunge est élu par 39 suffrages, contre 3 à M. Schaer, 1 bulletin blanc et 1 bulletin nul.

Pour la seconde élection, sur 49 votants, majorité 25, M. Schmiedeterg est élu par 32 suffrages, contre 3 à M. Schaer et 14 bulletins blancs.

Emphysème sous-cutané produit pendant l'accouchement. — M. NICAISE lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° On observe quelquefois, dans les accouchements difficiles, particulièrement chez les primipares, la formation brusque d'emphysème sous-cutané à la base du cou.

2° Cet emphysème se produit à la suite de cris aigus et répétés, c'est-à-dire pendant l'expiration.

3° Il est dû à la rupture de la trachée distendue, ou d'un point faible des grosses bronches.

4° Cette complication présente le plus souvent peu de gravité, elle a cependant une fois causé la mort.

5° La production d'emphysème sous-cutané à la base du cou indique la nécessité de terminer l'accouchement le plus tôt possible ou de faire cesser les douleurs ou les cris par l'administration du chloroforme.

M. PINARD. — Les cris ne suffisent pas pour provoquer un emphysème sous-cutané, il faut des causes prédisposantes.

M. NICAISE. — Il faut, en effet, une prédisposition, mais j'ai tenu à insister surtout sur le mécanisme, sur la pathogénie.

M. GUÉNIOT. — Il faut encore faire une distinction entre les cris. Le cri éclatant est plus dangereux que le cri étouffé.

M. NICAISE. — C'est surtout la fermeture de la glotte et la tension de l'air dans la trachée qui sont la cause de la rupture.

Les huîtres et la fièvre typhoïde. — M. CORNIL lit au nom de M. CHANTEMESSE ce travail qui a été fait en partie dans son laboratoire.

L'huître de bonne qualité est un aliment excellent et absolument inoffensif, mais dans les parcs placés souvent à l'embouchure des fleuves, les huîtres peuvent être absolument contaminées. Il est donc désirable qu'on crée une inspection des parcs à huîtres exactement comme pour les autres parties de l'alimentation.

Il est évident, ajoute M. Cornil que ces accidents ne sont pas absolument communs, mais il faut cependant y penser.

M. A. GAUTIER. Il y a deux manières de s'empoisonner en mangeant des huîtres : c'est d'abord de manger des huîtres recueillies dans des parcs placés à l'embouchure des fleuves puis de manger des huîtres à l'époque du frai ; la consommation des huîtres est très dangereuse à l'époque du rut et à l'époque du frai. Dans ce dernier cas, il y a un empoisonnement cholériforme qui se déclare environ deux jours après la consommation des huîtres.

M. CORNIL. Il y a des cas de mort très rapide ou même subite après l'ingestion d'huîtres, parce que ces huîtres contiennent des coli-bacilles et d autres microbes pathogènes.

Le travail de M. Chantemesse est renvoyé à une commission composée de MM. Cornil, A. Gautier et Laboulbène.

Accouchement forcé dans l'éclampsie. — M. CHARPENTIER lit un rapport sur un travail de M. ROBERT (de Pau). Il s'agit d'une primipare de trente-six ans, enceinte de sept mois, atteinte depuis deux mois d'un œdème généralisé, et qui fut, après une fatigue, prise subitement de violents accès d'éclampsie, suivis de coma profond. L'utérus était en inertie absolue, le col avait sa longueur totale, était complètement fermé et s'opposait à l'introduction du doigt. L'absence de battements fœtaux indiquait que le fœtus était mort.

M. Robert se décida à faire immédiatement l'accouchement forcé par la dilatation manuelle progressive, et sous le chloroforme. Pour faire pénétrer le doigt dans le col il fut nécessaire d'introduire d'abord une éponge préparée puis de faire des incisions multiples d'environ cinq millimètres de profondeur sur toute la périphérie de l'orifice utérin. L'extraction fut difficile, et ce n'est qu'après deux heures et demie de lutte et deux tentatives d'application de forceps que l'accouchement put être terminé par version podalique.

La malade guérit sans autre incident qu'une cystite purulente, survenue le lendemain de l'accouchement.

Relativement au cas particulier de M. Robert, il me semble que la conduite à tenir était autre que celle adoptée par l'auteur. Pourquoi n'avoir pas essayé d'espacer et d'abolir les attaques par l'emploi du chloral, du chloroforme, et de la saignée. Dans l'éclampsie survenue à une époque peu avancée de la grossesse, et alors que les attaques ne durent pas depuis bien longtemps, ces moyens suffisent le plus souvent. La mort du fœtus, loin d'être une indication à l'intervention, était de nature à encourager à recourir aux moyens de douceur, puisqu'elle interrompait la grossesse. En général, il ne faut intervenir par l'accouchement forcé dans l'éclampsie que lorsque la mort semble fatale.

L'observation de M. Robert est suivie d'une théorie pathogénique basée sur ce fait que la malade, dès le lendemain de l'accouchement, eut une urétro-cystite purulente. Ce serait la présence du pus qui aurait causé les accès éclamptiques. L'éclampsie ne serait qu'une manifestation de l'infection purulente. Mais d'abord, rien dans l'observation de M. Robert ne prouve que cette cystite était antérieure à l'accouchement et n'a pas été causée par les manœuvres prolongées auxquelles il s'est livré. En outre, nous savons que l'éclampsie est souvent observée en dehors de toute suppuration. La théorie de M. Robert nous paraît donc mal fondée.

M. TARNIER trouve exagéré de s'appuyer sur un seul fait pour préconiser une théorie. Que de femmes ont eu l'éclampsie sans suppuration ! Bon nombre d'observations ont montré que chez les femmes enceintes et primipares on peut par un traitement terminer rapidement un accouchement qui paraissait impossible.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Blache sur les candidats à la place vacante dans la classe des associés libres. Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : 1° M. Roux ; 2° M. Rivière ; 3 *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Commenge, Corlieu, Galezowski et Paul Richer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mai. — Présidence de M. D'HEILLY

Ulcérations buccales et cutanées d'origine hystérique. — M. WIDAL. Depuis deux ans, un malade est sujet sans cesse à des poussées d'érythème noueux au niveau des membres inférieurs ; souvent des poussées d'épi-

dymite apparaissent et disparaissent brusquement en même temps que les plaques d'érythème noueux. Pendant le séjour du malade dans mon service de nouveaux troubles trophiques apparurent accompagnant les précédents.

Les ulcérations buccales, du diamètre d'une petite lentille, survenaient au niveau des gencives ou de la face interne des lèvres. Plusieurs fois apparurent en même temps des ulcérations sur la verge ou le scrotum. Le malade en porte encore actuellement. Je n'insiste pas sur les stigmates invoqués en faveur de la nature vraisemblablement hystérique de ces troubles trophiques par différents médecins qui ont vu le malade, mais je tiens à faire remarquer qu'à ma connaissance les ulcérations buccales n'ont jamais été signalées comme troubles trophiques hystériques. Je demande à la Société si ces troubles glandulaires cutanés et muqueux, apparaissant simultanément, ne constituent pas chez ce malade une véritable diathèse vaso-motrice, pour employer l'expression de M. Gilles de la Tourette. Les congestions testiculaires dont nous avons parlé ne sont-elles pas de même nature que le sein hystérique ou que les névralgies si souvent observées chez les femmes hystériques.

Hémorragie cérébrale au cours de l'hystérie. — M. Gilles de la Tourette. Je désire soumettre à l'appréciation de mes collègues quelques cas qui, eux aussi, peuvent être rapportés, je pense, à des troubles trophiques viscéraux d'origine hystérique.

Le premier a trait à une jeune fille de vingt-six ans, israélite, hystérique confirmée à grandes attaques qui, au cours de la cérémonie des fiançailles de son frère, fut prise d'étourdissements, de vertiges, au point d'être obligée de se coucher dans l'appartement même où elle se trouvait. Son médecin habituel, qui assistait à la cérémonie, lui donna immédiatement ses soins et, connaissant de longue date son tempérament, pensa à des accidents hystériques nés sous l'influence d'une vive émotion. Il resta auprès d'elle une partie de la nuit et vit se développer sous ses yeux une hémiplégie gauche avec hémianesthésie ; en même temps, il survenait un vomissement. L'état était demi-comateux, la malade répondait mal au questions qu'on lui adressait. Lorsqu'il revint le lendemain, la situation était restée sensiblement la même ; il y avait eu de l'incontinence d'urine par regorgement. Inquiet de cette prolongation, bien que pensant toujours à une crise d'apoplexie hystérique avec hémiplégie et hémianesthésie, il me demanda mon avis. Je vis la malade environ vingt-quatre heures après le début des accidents.

L'hémiplégie avec hémianesthésie persistait ; la face, du côté gauche, était paralysée. La malade n'était pas dans le coma complet, elle se trouvait plutôt dans une torpeur d'où on la tirait difficilement ; aucune agitation, pas de grands mouvements, pas d'hallucinations. Mon impression immédiate fut qu'il fallait rejeter l'hypothèse du sommeil hystérique ; je pensai à une lésion organique, car le tableau clinique était celui de l'hémorragie cérébrale. Je ne pus prendre la température. Quarante-huit heures plus tard, le coma devenait de plus en plus profond et la malade succombait après avoir présenté de la déviation conjuguée de la tête et des yeux.

Rien ne paraissait expliquer la lésion organique dont j'avais diagnostiqué l'existence. L'examen de l'urine ne révéla ni sucre ni albumine. Le cœur était sain, les artères semblaient en bon état ; l'hypothèse de la syphilis devait être écartée. Outre les accidents hystériques convulsifs, présentés antérieurement par la malade, celle-ci avait eu, à diverses reprises, des hémoptysies légères que, vu l'état d'intégrité des poumons, on avait légitimement rattaché à l'hystérie. L'autopsie ne fut pas faite.

Au commencement de mai 1896 je fus mandé près d'une dame de quarante ans qui avait souffert de nombreux accidents hystériques, particulièrement d'ordre trophique. Outre des crises convulsives, elle avait eu des hématémèses répétées de la glycosurie temporaire ; enfin s'était manifesté chez elle l'ensemble si douloureux du sein hystérique pour lequel on avait dû recourir à une opération chirurgicale. La malade fut prise, au bout de quelques jours seulement, de manifestations consistant en un ptosis, pseudo-paralytique, des névralgies occipitales violentes, de la diplopie, le tout évoluant sans fièvre, d'un sommeil d'abord léger d'où il était facile de la tirer momentanément mais qui devint de plus en plus profond. Pas d'éléments anormaux dans les urines, sauf une quantité considérable de phosphates ; pas de lésions organiques du cœur ; absence de syphilis. Le diagnostic porté fut sommeil hystérique. Le jour même où je devais la voir, dans la matinée la face se congestionna, les conjonctives devinrent œdémateuses et la mort survint. Pas d'autopsie.

Je ne puis préciser davantage cette observation étant donné que je ne vis pas le sujet, mais le médecin fort distingué qui me transmit une note à son sujet ajoutait : « Je crois à une suffusion séreuse cérébrale et à la réalité d'accidents nerveux de nature et d'origine hystériques. » Me rappelant la première malade que j'avais observée, j'avoue, pour ma part, que cette interprétation méritait créance. Je me demande en effet s'il ne peut pas exister des troubles trophiques cérébraux, œdème ou hémorragies, analogues aux hémorragies ou aux œdèmes hystériques que l'on observe au niveau d'autres viscères : sein, testicule, poumons, estomac, etc. En effet, ces deux malades, toutes deux hystériques confirmées, avaient, antérieurement aux accidents qui chez elles ont déterminé la mort, présenté des manifestations variées de ce que j'ai proposé d'appeler la diathèse vaso-motrice hystérique. La première avait eu des hémoptysies ; quant à la seconde elle avait eu des hématémèses, de la glycosurie intermittente qu'on peut rapprocher de l'albuminurie transitoire du malade de M. Widal, enfin, elle avait souffert de l'œdème caractéristique du sein hystérique. J'émets donc l'hypothèse qu'il peut exister du côté des centres nerveux des troubles trophiques, hémorragies ou œdèmes analogues à ceux qu'on observe du côté des viscères, dans l'hystérie. Puisque la réalité de l'hématémèse hystérique n'est plus aujourd'hui discutée, pas plus que celle de l'hémoptysie, des ecchymoses ou des hémorragies cutanées, je me demande si l'on ne pourrait pas également observer une hémorragie cérébrale ou un œdème du cerveau de même nature.

L'autopsie seule aurait permis de résoudre le problème, malheureusement elle ne fut pas faite. Et encore, si elle avait démontré l'existence d'une hémorragie, il eût fallu établir que celle-ci ne reconnaissait pas une cause autre que l'hystérie. Cependant dans ces deux cas aucune des causes ordinairement productrices de l'hémorragie cérébrale n'avait pu être invoquée. Peut-être même l'autopsie n'eût-elle rien révélé d'appréciable, car il existe dans la

science un certain nombre d'observations dans lesquelles la mort étant survenue au cours d'accidents cérébraux on ne trouva rien à l'autopsie. On est d'ailleurs mal fixé sur l'œdème cérébral, et surtout il est difficile d'apprécier dans quelles limites le liquide céphalo-rachidien doit être augmenté pour produire des accidents comateux mortels. Cependant en ce qui concerne le premier cas, j'admettrais volontiers l'hypothèse de l'hémorragie cérébrale, d'une lésion localisée, dont la malade présentait, d'ailleurs, tout le tableau clinique.

J'observe de temps en temps une dame actuellement âgée de quarante-deux ans, hystérique convulsive dès l'adolescence, qui, à l'âge de 22 ans, fut frappée d'une hémiplégie gauche, accompagnée d'une hémianesthésie qui a disparu. Aucune des causes ordinaires ne peut être invoquée pour expliquer cette hémiplégie qui est certainement organique, car le faisceau pyramidal a dégénéré, le bras est contracturé et le membre inférieur présente de la trépidation spinale, ce qu'on n'observe jamais dans l'hémiplégie hystérique telle que nous la connaissons. Celle-ci reste flasque et si l'hémicontracture hystérique qui la pourrait simuler s'accompagne parfois de tremblement, jamais elle ne présente de trépidation épileptoïde.

Ce qui, en outre, me conduit à penser que cette hémiplégie organique peut être rattachée à l'hystérie, c'est que, dans les vingt-quatre heures où elle se produisit, il survint sur le bras et sur la jambe gauche quatre bulles de pemphigus qui se sont terminées par des cicatrices légèrement chéloïdiennes qui persistent toujours. Le pemphigus étant une des manifestations trophiques les plus fréquentes de l'hystérie, il est permis d'en faire ressortir la coexistence avec la lésion qui concurremment se produisit dans l'encéphale.

M. Sevestre. J'ai observé récemment, avec notre collègue M. Guyot, un enfant de quatre ans et demi chez lequel le diagnostic d'hémorragie cérébrale paraissait s'imposer. Nous portâmes, en conséquence, un pronostic grave. Deux jours après, le petit malade n'avait plus rien. Peut-être fit-il simplement un œdème cérébral passager.

M. Rendu. J'ai vu un cas très analogue chez un enfant nerveux, issu de parents nerveux. Là aussi, il s'agissait probablement d'un œdème cérébral passager.

M. Siredey cite deux cas relatifs à des adultes. Dans l'un, on était absolument convaincu qu'il y avait une tumeur cérébrale. Le siège de la tumeur sembla même pouvoir être fixé d'avance avec précision. Or, à l'autopsie, faite avec le plus grand soin, on ne trouva absolument rien.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de trente-six ans qui fit brusquement, en pleine santé, une hémiplégie classique flasque, sans convulsions mais avec coma. Elle n'avait rien au cœur et rien dans les urines. Trois jours après, elle était sur pied.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS

Séance du 8 avril. — Présidence de M. de Pradel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Le Coin propose que tout sujet médical intéressant la Société, ou que toute analyse d'œuvre scientifique, soit inséré au procès-verbal, afin de bien montrer que nous ne nous occupons pas seulement de questions administratives, mais aussi de questions scientifiques. Cette proposition, n'étant qu'une application du règlement, est adoptée.

M. Gibert expose qu'il a reçu la visite d'un employé de l'Assistance publique lui apportant les prix des fournisseurs pour l'installation des dispensaires. Le prix moyen demandé par les fournisseurs est de plus de 800 francs.

M. Le Coin rappelle que M. le Directeur de l'Assistance publique est d'avis de donner la plus grande extension possible à l'organisation des dispensaires.

Correspondance. — *Progrès médical, Revue médicale.* Lettre de remerciements à M. Dubois, au sujet du vote du Conseil d'Etat relatif à la nomination d'un médecin du service des secours à domicile dans le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Réorganisation du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Des remerciements sont adressés à MM. Le Coin et Billon qui ont fait des démarches nombreuses afin d'obtenir notre représentation au sein du Conseil de surveillance, après la lecture par M. de Pradel du rapport suivant.

Messieurs, le Conseil d'Etat, réuni en assemblée générale, vient d'émettre un avis favorable à un projet de décret réorganisant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris.

D'après ce projet, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique serait ainsi composé :

Le préfet de la Seine, président ; le préfet de police ; dix membres du Conseil municipal ; deux maires ou adjoints ; deux administrateurs des bureaux de bienfaisance ; un conseiller d'Etat ou un maître des requêtes au Conseil d'Etat ; un membre de la Cour de cassation ; un médecin des hôpitaux et hospices en exercice ; un chirurgien des hôpitaux et hospices en exercice ; un médecin accoucheur des hôpitaux en exercice, un médecin du service des secours à domicile en exercice ; un professeur de la Faculté de médecine ; un membre de la Chambre de commerce ; un membre patron et un membre ouvrier des conseils de prud'hommes ; neuf membres pris en dehors des catégories indiquées ci-dessus.

En vous faisant part de cette décision du Conseil d'Etat qui nous permet, aujourd'hui, d'être sûrs que, dans un avenir très prochain, la Société médicale des Bureaux de bienfaisance atteindra, enfin, le but qu'elle poursuit depuis si longtemps, votre bureau tient à vous dire toute la satisfaction qu'il éprouve de vous apporter cette victoire, prix de ses efforts et de votre ferme volonté ; mais il tient aussi à vous rappeler que le succès que nous obtenons aujourd'hui n'est pas l'œuvre de son activité seule. Depuis nombre d'années, mais dans ces dernières années surtout, les différents bureaux qui se sont succédé à la tête de notre Société n'ont manqué aucune occasion d'insister auprès des pouvoirs publics et de l'administration pour obtenir ce qui va être bientôt une réalité : la représentation des médecins des Bureaux de bienfaisance au sein du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Depuis plusieurs années, notre Société, par sa persistante fermeté à réclamer et à faire réclamer une chose juste qu'elle considérait à bon titre, comme un droit absolu et indiscutable, a montré sa vitalité, son sens droit et la constance de ses convictions et de ses désirs. C'est

donc bien, Messieurs, à la Société tout entière que revient l'honneur du succès que nous venons vous annoncer aujourd'hui.

Le principe de notre représentation au Conseil de surveillance étant admis, il nous reste à faire notre possible pour que l'Administration prenne notre candidat. Vous avez, dans une de vos dernières séances, désigné par vos votes, au choix de l'Administration, MM. Gibert, Rotillon, Le Coin; c'est dans cet ordre que nous présenterons votre liste.

Société médicale de Gannat. — M. Billon expose que cette Société réunit les médecins du Centre de la France et s'occupe de beaucoup de questions médicales. Dernièrement à l'occasion de son centenaire, cette Société a fait des visites à Aigueperse pour examiner les instruments dont s'était servi Lavoisier. M. Billon propose que par voie d'échange nous envoyions à cette Société le compte rendu de nos travaux. Cette proposition est adoptée.

Mémoire de M. Daniel sur quelques applications de l'électricité à la gynécologie. — M. Thominet, rapporteur, fait de ce travail l'analyse suivante :

Dans son mémoire, M. Daniel rappelle d'abord quelle est la différence entre l'électrolyse métallique et la chimicaustie, puis indique quel doit être le matériel nécessaire à l'électrolyse métallique.

Après avoir exposé la valeur de chaque instrument, il indique quelle doit être l'intensité à employer (50 milliampères au plus); la durée de chaque séance (30 à 40 minutes) le nombre des séances et il arrive aux conclusions suivantes :

1° Que de tous les métaux oxydables, le cuivre est, au point de vue de l'électrolyse, le seul qui donne des résultats ;

2° Que toutes les affections aiguës des annexes sont une contre-indication à l'électrolyse en général ;

3° Que la métrite hémorragique est l'affection sur laquelle agit le mieux l'électrolyse cuprique ;

4° Que les fibromes et le ténesme vésical semblent également relever de ce traitement.

Le secrétaire des séances,

Dr E. Thominet.

SOCIETÉ MÉDICALE DU VII[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 31 mars 1896. — Présidence de M. le Bec.

Après lecture du procès-verbal de la précédente séance, M. Tolédano, secrétaire général, lit une lettre de M. Monnier s'excusant de son absence, puis un rapport adressé par M. Monnier, sur la candidature de M. Sainton, ancien interne des hôpitaux. M. Sainton a publié de nombreux travaux sur l'orthopédie : *Anatomie pathologique du pied bot varus équin congénital; Spina bifida occulta; Déformations rachidiennes d'origines variées*, etc. M. Sainton est admis dans la société à l'unanimité des membres présents.

M. Tolédano lit encore un rapport sur la question de l'exercice des médecins étrangers en France. Le Conseil général des sociétés savantes, ayant reçu les décisions des sociétés intéressées, estime qu'il y a lieu :

1° De modifier l'article 5 de la loi de 1893, c'est-à-dire d'exiger pour les étrangers les mêmes études secondaires que pour les nationaux, du moins pour les diplômes donnant le droit d'exercer en France; une deuxième catégorie de diplômes ne comportant pas ce droit pourrait être délivrée dans une large mesure par les universités.

2° De modifier également l'article 17 de la même loi qui n'exige la qualité de citoyen Français que pour les médecins experts, et d'étendre cette obligation aux emplois de l'Etat et des compagnies dépendant de l'Etat.

Sur l'avis de M. Liard, directeur de l'Instruction publique, le Conseil général n'a remis à M. le Ministre de l'Instruction publique qu'une pétition concernant la modification de l'article 5.

Quant à l'attribution aux médecins des fonctions dépendant de l'Etat, départements et communes, cette question dépend du ministère de l'Intérieur.

M. Sottas (fils) donne lecture d'une observation d'*obstruction intestinale par calcul biliaire*, recueillie par le Dr Sottas (père); c'est la cinquième observation de ce genre rapportée par l'auteur. Dans ce cas il s'agit d'un vieillard robuste de 82 ans, qui n'ayant eu ni ictères, ni coliques hépatiques antérieures présenta brusquement le 15 décembre dernier à 2 heures du matin des coliques intestinales très vives avec hoquet, vomissements et diarrhée bilieuse, verdâtre, mêlée de matières noires rappelant absolument le melœna.

Dans les jours suivants, pas de fièvre, pas d'ictère, mais symptômes d'obstruction intestinale presque complète. Le 19 est expulsé par l'anus un calcul biliaire de cholestérine ayant la forme et le volume d'une grosse noix de muscade. L'auteur estime que, dans les cas de ce genre, le calcul biliaire n'arrive pas dans l'intestin par le canal cholédoque mais à la suite d'une *cholécystentérostomie spontanée* Tantôt le travail inflammatoire qui préside à l'adhérence et à l'ouverture de la vésicule dans l'intestin s'accuse par des symptômes de cholécystite, tantôt, comme dans le cas actuel, ce travail est presque latent.

MM. Hallé et Ferrand pensent que les douleurs abdominales vives et le melœna rapportés dans cette observation sont des symptômes qui répondent précisément à l'établissement de la cholécystentérostomie spontanée.

M. Le Bec a pratiqué une laparotomie pour une obstruction intestinale subite qu'on rapportait à un étranglement par bride ; il trouva l'intestin oblitéré par un calcul oblong qui s'était placé en travers.

M. Jullien a trouvé dans un phlegmon périnéphrétique 20 à 3 petits calculs biliaires polyédriques.

M. Le Bec présente deux observations de tumeurs du plancher de la bouche opérées par lui.

Dans le premier cas il s'agit d'une jeune fille opérée antérieurement à l'âge de 4 ans par M. Périer pour un kyste du plancher de la bouche. Il était resté un petit noyau qui s'enflamma à l'âge de 23 ans. A ce moment M. le Bec enleva une petite tumeur de la grosseur d'un gros grain de raisin, à paroi très épaisse et adhérant par son pédicule au périoste d'une apophyse très allongée qui fut également réséquée. Cette tumeur contient quelques poils; c'est un kyste dermoïde.

Dans le second cas une femme de 63 ans présentait sous la langue une tumeur dont elle s'était aperçue depuis 15 jours seulement. La tumeur occupait le siège du canal de Whar-

ton mais l'ostium est introuvable. A l'incision il sort du pus et on extrait un calcul allongé à surface grenue, ayant à peu près le volume et l'apparence d'un noyau de datte mais à extrémités effilées.

M. Jullien rappelle que les kystes dermoïdes ont été étudiés par M. Lannelongue.

M. de Bourgon. Les calculs salivaires sont amorphes ou cristallisés : les premiers sont très rares; les calculs cristallisés sont composés de phosphate de chaux et de carbonate de chaux et selon les cas c'est l'un ou l'autre de ces sels qui est l'élément de beaucoup prédominant. Ils sont formés d'une gangue d'épithélium, de leptothrix et de mucus, dans laquelle les sels se déposent peu à peu.

Jules Sottas (fils).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1896. — Présidence de M. Ch. Monod

Cholédochotomie et cholécystostomie. — M. Gérard Marchant. Je peux citer deux observations dans lesquelles tous les symptômes permettaient de songer à la lithiase biliaire et dans lesquelles l'ouverture de la vésicule ne permit pas de reconnaître de calcul. La fistule persista chez les deux malades après suture de la vésicule à la peau jusqu'à l'autopsie qui permit de constater que les voies biliaires étaient perméables, et en aucun point ne se trouvait de calcul.

Dans un troisième fait, l'obstacle était dû à une oblitération de l'ampoule de Vater par sclérose du pancréas et pendant l'intervention cette induration avait pu faire penser à un calcul dans le cholédoque qu'on en pouvait extraire et qui conduisit à faire une fistule permanente.

J'ai eu d'autres faits où il s'agissait bel et bien de calcul biliaire.

Laparotomie latérale pour une tumeur descendant jusque dans la fosse iliaque et que j'avais prise pour une vésicule distendue. C'est l'appendice linguiforme du foie. La vésicule était rétractée, petite, et le cholédoque était bourré de calculs. Je fis une cholédochotomie qui me permit d'extraire 33 calculs. Il me fut facile de faire 7 points de suture transversaux, puis 5 longitudinaux et 5 jours plus tard, par le drainage, il ne sortait plus de bile et la malade guérit rapidement.

Mon second cas était un homme atteint de coliques hépatiques à répétition. Encore cette fois, je pris l'appendice linguiforme pour la vésicule. Le cholédoque était très profond, le foie débordait, mais avec un doigt dans l'hiatus, je pus sentir le calcul à la partie postérieure du duodénum, j'attirai le calcul en arrière, puis le canal lui-même fut incisé. Les parois étaient friables. La suture fut impossible à faire. Les fils déchiraient et je ne pus suturer. Je me contentai d'un drainage. Et le malade succomba à des phénomènes de septicémie rapide. Il n'y avait pas de fusée dans le péritoine, il y avait des adhérences, sauf en un point où il y avait une suppuration localisée. Telle fut la cause de la mort.

Ne serait-il pas bon dans ce cas de se contenter de découvrir le cholédoque, d'attendre les adhérences avant de l'inciser, de faire, en un mot, l'opération en deux temps?

Fibrome de l'oreille d'origine traumatique. — M. Picq fait un rapport sur une observation envoyée par M. Audain (d'Haïti).

Ces fibromes siègent dans le lobule de l'oreille et se continuent avec lui ayant la forme d'une grosse cerise. D'autres régions on peut trouver des fibromes analogues. Et dans son mémoire M. Audain rapporte le cas d'un grillon chez lequel le fibrome apparaît à la suite d'un coup de fouet et chez une négresse à la suite d'un coup de bâton.

Ces fibromes sont parfois récidivantes et M. Audain a dû les opérer 3 fois.

M. Routier. Je crois que l'étiquette de ces observations doit être changée en chéloïde de l'oreille. Et il n'y a plus lieu dès lors de s'étonner de la récidive.

M. Delorme. Existait-il des douleurs ? Dans ces cas de chéloïdes douloureuses, il faudrait essayer la compression que j'ai vu parfaitement réussir dans certains cas de chéloïdes.

M. Michaux. J'ai vu deux chéloïdes de l'oreille considérables et qui faisaient partie intime de la peau, ce qui peut-être un procédé de diagnostic avec les fibromes dont nous parle M. Audain.

Je me demande si les applications répétées de pointe de feu ne sont point préférables à l'ablation.

M. Reclus J'ai déjà publié un fait de chéloïde par brûlure du cou où la compression douce a donné les meilleurs résultats.

Dans un autre cas, la malaxation la plus brutale n'a donné ni aggravation, ni amélioration.

M. Kirmisson. Les faits sur lesquels M. Picqué a fait son rapport sont depuis très longtemps connus, et la race nègre est au su de tout le monde sujette aux fibromes du pavillon de l'oreille. Et il ne faut pas les confondre avec les chéloïdes. Ce sont des fibromes sous-cutanés et non intimes avec la peau comme les chéloïdes.

M. Lucas Championnière. — Je ne suis pas de l'avis de M. Kirmisson et la description de M. Audain s'applique parfaitement aux chéloïdes. Quant à la possibilité de disséquer la peau de la tumeur, cela ne suffit pas à faire affirmer que l'on n'a pas affaire à un chéloïde.

Les récidives sont la règle ; le plus long terme qu'on ait eu a été de 14 mois et tous mes opérés ont ainsi récidivé à plus ou moins brève échéance.

La tendance au développement des chéloïdes paraît diminuer à mesure que l'enfant avance en âge. Aussi peut-être ne faut-il pas se hâter d'intervenir. Il semble qu'à un moment donné les chéloïdes ont une période d'arrêt. — Mais on opère les malades malgré la récidive presque fatale qui se produit - pour faire disparaître la difformité, jusqu'au jour où surviendra la période d'arrêt que l'on est presque toujours en droit d'attendre.

M. Poirier. Je n'ai opéré qu'un cas qui survint après le percement de l'oreille, et était circulaire. Je l'enlevai et réunis par une suture verticale. Deux ans après, c'est sur cette cicatrice que reparut la chéloïde. C'était un enfant qui allait mieux, avec adénopathie cervicale. Depuis ce temps, ayant été régulièrement suivi, le séjour aux bords de la mer, et une bonne compression permettent d'espérer que la guérison spontanée se fera à un moment donné.

Ankylose du genou. Résection cunéiforme. G

son. — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Pineau (de Bordeaux), dans laquelle il s'agissait d'un malade qui, à la suite d'un rhumatisme subaigu avait guéri avec le genou fléchi et une subluxation du tibia en arrière. On fait une résection cunéiforme et on suture les deux fragments rotuliens avec un fil d'argent.

Pas de drainage. Suites très simples et la guérison est rapide.

M. Peraire présente deux **Photographies de Rontgen, pour corps étrangers de la main.**

Arthrite blennorhagique guérie par ankyloses fibreuse. — Mobilisation en 18 séances. — Guérison complète avec liberté absolue des mouvements du genou. — Présentation du malade par M. Delorme.

F. Verchère

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine vient de discuter et d'accepter le code très sommaire de déontologie médicale que nous reproduisons ci-dessous.

« Article premier. — Tout médecin appelé pour la première fois dans une famille doit, s'il aperçoit ou apprend qu'il a été appelé à défaut du médecin traitant absent ou malade, ne donner ses soins que pendant l'absence de son confrère.

Art. 2. — Si le médecin appelé en l'absence du médecin traitant constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins pour l'avenir, il peut continuer à voir le malade *après avoir averti son confrère.*

Art. 3. — Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux accidents du moment et ne se représenter chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

Art. 4. — Tout médecin appelé près d'un malade, dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique régulièrement suivie, fera ses efforts pour faire rappeler le médecin traitant : s'il échoue, il doit prévenir, *sans délai*, le confrère auquel il succède.

Art. 5. — Tout médecin appelé en consultation devra s'abstenir, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion. La consultation étant faite à part, le traitement convenu sera fait par le médecin ordinaire.

Art. 6. — Le médecin appelé en consultation par le médecin traitant ou par la famille ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé à nouveau et autorisé par le médecin traitant.

Art. 7. — Il est d'une bonne confraternité d'accepter un médecin consultant proposé par la famille, quels que soient son âge, son grade ou sa situation, pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

Art. 8. — Le cabinet de consultation est un terrain neutre où le médecin peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament, et quel que soit le médecin traitant. »

Tout ce programme peut être accepté sans grande discussion ; il est l'œuvre de très honnêtes confrères des mieux intentionnés qui ont prévu la plupart des cas qui peuvent se présenter dans la pratique journalière et qui les ont résolus avec tact et loyauté.

D'une façon générale d'ailleurs, un médecin suffisamment pourvu de tact et d'honorabilité résoudra facilement toutes les questions professionnelles, sans avoir jamais à heurter les intérêts de ses malades pas plus que de ses confrères. Ces choses-là se sentent beaucoup plus qu'elle ne s'apprennent, mais, d'autre part, il apparaît bien que tout le monde n'a pas une sensibilité également exquise ; il est des confrères très bien doués par ailleurs et d'une honorabilité générale indiscutable qui, par éducation ou par besoin, transportent dans notre milieu très spécial des mœurs pour lesquelles un épicier ne sera jamais mal vu de ses pairs, mais qui choque tous nos sentiments de médecins. Pour ceux-là il faut un Code de déontologie et le court résumé du Conseil général nous paraît bien être le meilleur qu'on puisse leur offrir. Nous ferons cependant quelques courtes observations.

L'article 7 dit très justement qu'il est d'une bonne confraternité d'accepter comme consultant le médecin proposé par la famille, pourvu que celui-ci soit d'une honorabilité indiscutable. C'est très vrai, mais on aurait pu spécifier un peu plus. Faut-il accepter une consultation avec un homéopathe, par exemple ? Bien des confrères, surtout parmi ceux qui depuis quelques années déjà ont dépassé la cinquantaine, jetteraient les hauts cris devant une proposition pareille ; les jeunes sont, me semble-t-il, plus tolérants. Récemment un de mes clients, titré et habitant le faubourg Saint-Germain, c'est-à-dire appartenant à ce monde très conservateur et très croyant dans lequel les homéopathes recrutent surtout leur clientèle, me demanda si je consentirais à le voir avec son médecin habituel, homéopathe, mais qui, je m'empresse de le dire, est un homme fort intelligent et fort instruit, ancien interne très distingué, pour employer l'expression ordinaire, des hôpitaux de Paris et dont le nom est fort honorablement connu. Je m'empressai d'accepter et mon confrère voulut bien accompagner son malade chez moi. Nous fûmes rapidement d'accord sur le diagnostic et sur les indications du traitement, et quant à la thérapeutique deux hommes de bonne foi et bien intentionnés peuvent toujours arriver à s'entendre.

Il y a bien d'ailleurs actuellement dans notre profession d'autres plaies que l'homéopathie ; croyez-vous

que la dosimétrie et d'autres associations médico-pharmaceutiques sur lesquelles nous ne voulons pas trop insister méritent beaucoup plus de confiance? Un petit article à ajouter au code de nos collègues du conseil général ne ferait peut-être pas mal en pareil cas.

Il y a une autre question dont ne parle pas le code ci-dessus et qui cependant se pose dans un nombre de cas de plus en plus considérable. Nos collègues ont spécifié les devoirs du médecin appelé en consultation, c'est-à-dire une fois par hasard, près d'un malade qui ne lui appartient pas. Le consultant ne voit pas, ne doit pas voir le malade en l'absence de son médecin ordinaire; l'accord est donc facile, mais il y a des cas où le médecin traitant confie entièrement son malade à un confrère pour un temps indéterminé; tel est le cas du malade envoyé à une station d'eau minérale. Mon ami Janicot (de Pougues) a fait là-dessus un très judicieux travail auquel il faut se reporter entièrement. Le médecin d'eaux minérales doit rendre au médecin traitant son malade intégralement au bout de la saison, sans s'immiscer en rien dans le traitement ultérieur, sauf, bien entendu, dans le cas où son avis est réclamé par le confrère lui-même.

Voici un autre cas beaucoup plus commun encore, de plus en plus commun, et qui demande parfois une certaine délicatesse de touche. Le praticien général a besoin, dans un cas déterminé, d'adresser son malade à un confrère spécialiste, mieux outillé que lui pour le diagnostic et pour le traitement. S'il s'agit seulement d'une opération à faire, la question est très simple. Les deux confrères opéreront le malade ensemble et s'entendront facilement pour les soins consécutifs à lui donner. Mais il s'agit d'une affection à évolution plus ou moins lente, obligeant le malade à revenir de temps à autre chez le spécialiste qui seul peut faire le diagnostic au moyen d'une instrumentation spéciale par l'examen du fond de l'œil, du larynx ou de la vessie, et qui seul, par suite, peut avoir la charge et la responsabilité du traitement. Le spécialiste doit autant que possible se borner strictement au traitement local et renvoyer le malade au confrère pour le traitement général. Il y a des cas où cela peut aller très bien ainsi, mais il y a aussi des cas où cette combinaison donnerait des résultats déplorables pour le malade. Un praticien général timoré ou peu habitué n'osera pas faire un traitement général, antisyphilitique par exemple, avec l'intensité que réclamerait une lésion locale rapidement menaçante, mais qu'il ne voit pas lui-même ; sa dignité l'empêchera d'accepter dans toute leur plénitude les conseils du spécialiste et le malade en pâtira cruellement. Il y a des cas où le médecin spécialiste doit être autorisé à faire en même temps le traitement général, c'est-à-dire à prendre complètement la direction du malade, dans l'intérêt de celui-ci, à condition, bien entendu, que le praticien général soit constamment tenu au courant de ce qui se passe, que tout soit montré, que rien ne soit fait sans son assentiment. C'est égal, il y a là un point parfois délicat et dans seconde édition de leur code nos collègues du Cons général feront bien d'en dire quelques mots. Enc une fois, avec du tact et de la délicatesse on arr toujours à résoudre ces questions sans mécontent personne, mais notre profession, d'origine très dém cratique, se recrute dans bien des milieux différe et il ne serait pas inutile de spécifier ces cas qui fi rent parmi les plus épineux de la déontologie.

A. CHEVALLEREAU

Fâcheuse affaire

Vendredi dernier, les journaux politiques, manquent rarement une occasion de faire un pe scandale, racontaient un fait qui, aujourd'hui, s doute, n'est ignoré de personne, la démission fo de M. le Dr Roger, professeur agrégé à la Faculté médecine et médecin des hôpitaux, comme ch laboratoire de M. Bouchard à la Faculté. Variot, le *Journal de clinique et de thérapeutique infan* nous paraît donner tout à fait la note juste et nous bornons à reproduire son article sur ce suje

La presse quotidienne s'est emparée d'une fâch affaire arrivée à l'un de nos plus sympathiques et plu norables collègues des hôpitaux, M. Roger ; comme d naire en passant dans les colonnes des journaux, l'affa été grossie, dénaturée ; on a été jusqu'à parler de scan en réalité beaucoup de bruit pour rien.

Rappelons en deux mots les faits : M. Netter en fa avec M. Nocard l'inspection des sérums de la maison C reconnut dans le personnel employé à la fabrication d rum, le garçon de laboratoire de M. Bouchard, à la Fa de Médecine.

Ce garçon ayant aidé M. Roger dans ses reche théoriques sur le sérum antistreptococcique, s'était droit de faire profiter, moyennant rémunération, une son industrielle des connaissances techniques qu'il ava quises dans son laboratoire.

M. Roger, trop indulgent pour son aide, comme la 'a montré, n'avait pas cru devoir empêcher le garçon menter un peu la solde quotidienne de 3 fr. 33 par jo employant ses moments de loisir comme bon lui sem M. Roger n'avait certainement pas prévu que des p nes malveillantes le mêleraient directement lui et so tre le Prof Bouchard à la fabrication des sérums co ciaux.

Quoi qu'il en soit M. Netter informa M. Roger de l sence de son garçon dans le personnel de la maison et Rémy; mais se sentant au-dessus de tout sc M. Roger ne tint pas compte de l'avis qui lui était et laissa faire. M. Netter crut devoir communiquer à plusieurs autres personnes et M. Bouchard finit connaître.

Que M. le professeur Bouchard ait été un peu irrité de voir un garçon risquer de compromettre le bon renom de son laboratoire, en allant prêter ses services à une entreprise commerciale, tout le monde le comprendra. L'homme de science ne doit pas être mêlé à des questions d'argent et il ne faut même pas qu'il ait des apparences contre lui.

Mais les médecins ont été généralement surpris que M. Bouchard, non content de demander le changement de son garçon, ait exigé la démission de son chef de laboratoire M. Roger, coupable seulement d'un manque de vigilance et d'un excès d'indulgence.

Le châtiment a paru disproportionné à la faute commise. M. le professeur Bouchard jouit d'une très grande et très légitime autorité morale dans notre monde médical; en frappant avec une pareille rigueur l'un de ses élèves, qui est un homme parfaitement honorable, il a pu supposer que M. Roger avait manqué plus gravement à ses devoirs qu'il ne l'a fait réellement. La crainte du soupçon d'être mêlé à une affaire commerciale n'a-t-elle pas entraîné M. Bouchard à sévir plus rigoureusement qu'il n'eût fallu ?

Nous croyons devoir poser cette question tout en conservant pour M. Bouchard tout le respect et la déférence qu'il mérite.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places d'accoucheur des Hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Tissier et Potocki.

Hôpitaux de Paris. — ASSISTANTS DE CONSULTATION. Avis à MM. les Drs en médecine anciens internes des hôpitaux. L'administration a à pourvoir, par suite de la nomination de MM. les Drs Jeanselme et Jacquet comme médecins des hôpitaux, aux deux places d'assistants suppléants de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis.

Conformément au règlement, ces assistants doivent être choisis parmi les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, et nommés par le Directeur de l'Assistance publique sur une liste de présentation de trois candidats établie par les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

MM. les docteurs en médecine réunissant les conditions sus-énoncées qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistants suppléants de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis, sont invités à faire leur demande dans le plus bref délai possible en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes seront reçues jusqu'au 15 juin prochain. Elles devront être adressées à M. le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Une indemnité, calculée à raison de 10 francs par séance, est attribuée aux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Faculté de médecine de Paris. — CONCOURS POUR LE CLINICAT. Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 29 juin 1896, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu :

I. — Pour le clinicat médical : A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints;

II. — Pour le clinicat chirurgical : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et de deux chefs de clinique adjoints;

III. — Pour le clinicat des maladies des enfants : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint;

IV. — Pour le clinicat des maladies cutunées et syphilitiques : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'nn chef de clinique adjoint;

Conditions du concours. — Les candidats devront ser faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 21 juin 1896. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, guichet n° 2). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir :

1° Pour le clinicat chirurgical : Tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jou de l'ouverture du concours;

2° Pour les autres emplois vacants de chefs de clinique ci-dessus désignés : Tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour de l'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Ecole de médecine de Reims. — M. Henrot, professeur de pathologie médicale, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er juin 1896, un concours s'ouvrira le 7 décembre 1896, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Par décret, en date du 2 juin 1896, M. le professeur Bouchard, membre de l'Institut et membre de l'Académie de médecine, est nommé pour quatre ans membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique et de la section permanente de ce Conseil.

— Par décret, en date du 2 juin 1896, M. Brouardel, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine, est nommé pour quatre ans membre de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Médecins inspecteurs du personnel enseignant des écoles communales. — Par arrêté du préfet de la Seine, en date du 4 mai 1896, sont nommés médecins inspecteurs du personnel enseignant des écoles communales de Paris :

M. le Dr Brochin, ancien médecin inspecteur du personnel enseignant.

M. le Dr Adler, ancien interne, lauréat de l'Asssistance publique;

M. le Dr Raymond, médecin inspecteur des écoles.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 31 mai 1896, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Sacreste, médecin-major de première classe hors cadre, en remplacement de M. Charier, retraité ; maintenu au premier régiment d'infanterie ; — M. Génin, médecin-major de deuxième classe, en remplacement de M. Lippman, retraité ; maintenu au 37e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Baret, médecin-major de deuxième classe hors cadre, en remplacement de M. Larroque, mis hors cadre ; maintenu au 6e chasseurs d'Afrique ; — Delom-Serbé, médecin-major de deuxième classe, en non-activité pour infirmités temporaires, en remplacement de M. Génin, promu ; désigné pour le 160e d'infanterie ; — MM. les médecins aides-majors de première classe Rossignot, en remplacement de M. Peradon, démissionnaire ; maintenu provisoirement au 4e d'artillerie ; — Benoit, en remplacement de M. Rocheblave, mis hors cadre ; maintenu au corps d'occupation de Madagascar ; — de Schuttelaere, en remplacement de M. Benoît, mis hors cadre ; désigné pour le 91e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 31 mai 1896, M. Ponsot, médecin aide-major de deuxième classe au 8e chasseurs à cheval, est désigné pour le 1er d'artillerie.

Nécrologie. — M. Russell Reynolds, président du collège royal des médecins de Londres, médecin de la reine d'Angleterre, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, vient de mourir d'une maladie de poitrine à l'âge de 68 ans. — Le Dr Bisson, de Caumont (Calvados) reçu en 1861. — Le Dr W. R. Salomon, de Londres, vient de mourir à l'âge de 106 ans. Il faut ajouter, pour expliquer cette longévité extraordinaire surtout chez un médecin, que notre confrère, marié de bonne heure à une riche héritière, s'était empressé d'abandonner la profession. — Le Dr Rasurel (Marius) de Pont-d'Ain, décédé à l'âge de 44 ans. — Le Dr Moricourt (Jules), ancien interne des hôpitaux de Paris 1859, sténographe de la chambre des députés, continuateur de la métallothérapie de Burq, vient de mourir en son domicile, rue Chanaleilles. — Le Dr Boudou, maire de Montech et conseiller général de Tarn-et-Garonne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De certaines variétés de coxalgies dues à la lithiase urinaire latente, par le Dr L. Galland-Gleize, in-8°, 45 p. St-Dizier, V. Godard, 1896.

La stérilisation pratique en chirurgie, par le Dr Ch. Levassort. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Leçons de Clinique médicale (Hôtel-Dieu, 1894-1895) par le Dr Pierre Marie, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8° avec 57 figures, 6 fr. Ce volume contient quelques-unes des leçons faites à l'Hôtel-Dieu par M. Pierre Marie pendant un remplacement du Professeur G. Sée. La série de ces 16 leçons est consacrée aux sujets suivants : *Rhumatisme chronique infectieux et rhumatisme chronique arthritique. — Déformations thoraciques dans quelques affections médicales* (particulièrement « thorax en entonnoir », — *Des diabètes sucrés* (3 leçons contenant des documents intéressants sur différents points tels que l'intervention chirurgicale dans le diabète, le diabète conjugal, la pluralité des diabètes sucrés, l'hémiplégie des diabétiques etc.). — *Du Diabète bronzé* (l'auteur donne un tableau général de cette affection et soutient qu'il s'agit non pas d'une complication du diabète sucré, mais d'une entité morbide spéciale plus ou moins voisine du diabète pancréatique). — *Albuminurie cyclique* (celle-ci dans sa forme pure serait due à un trouble dans l'action du grand sympathique). — *Cyanose congénitale par malformations cardiaques*, l'auteur étudie celles des malformations cardiaques qui sont compatibles avec une certaine survie, les seules qui en réalité intéressent le clinicien. — La dernière leçon est consacrée à la *Neurofibromatose généralisée*, affection encore peu connue du public médical, bien qu'assez fréquemment observée. — Masson et Cie, éditeurs.

Traité des maladies de l'enfance, par le Dr J. Comby, médecin de l'hôpital Trousseau (2e édition, Paris, 1895. 1 volume de 900 pages, reliure d'amateur. Chez Rueff et Cie, éditeurs. Prix : 12 francs).

Dans cette seconde édition, parue peu de temps après la première, l'auteur, sans changer le plan d'un ouvrage qui avait obtenu beaucoup de succès, s'est efforcé de le tenir du courant de la science. Après un préambule de physiologie et d'hygiène infantiles, on trouve successivement décrites les *maladies générales infectieuses*, les *maladies générales de la nutrition*, les *maladies des divers organes* (Appareil digestif et annexes, appareil respiratoire, système nerveux, appareil circulatoire, voies génito-urinaires, organes des sens, peau, etc.).

Dans son format modeste, ce livre est très complet et embrasse toute la pathologie de l'enfance.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER 1 cuillerée à café au re

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.